



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo a UT Wellness Center to **dar** **obtener** (seleccione una) información médica relacionada con:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Nombre del Padre/Guardian Legal: _____ Teléfono: _____

Esta información debe ser **divulgada** **obtenida** (seleccione una) de:

Nombre de la Persona o Centro Médico: _____

Dirección del Centro Médico o Persona: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Favor de seleccionar (✓) todos los documentos específicos que apliquen a su solicitud:

Todos los Registros Médicos

Vacunas

Notas Externas

Historia & Examen Físico

Notas de Visitas

Información de Facturas

Resultados de sangre/Imágenes

Notas de Emergencia

Otro: _____

Reportes de Pruebas de Diagnóstico

Medicamentos anteriores/actuales

Favor de seleccionar (✓) en la opción que aplique a su solicitud:

Salud Mental

VIH/SIDA/otra enfermedad infecciosa

Exámenes Genéticos

Notas de Psicoterapia

Drogas o Alcohol

Favor de seleccionar (✓) el motive de divulgación:

Continuidad de Atención

Solicitud del Paciente

Otro: _____

La presente autorización tendrá vigencia de un año o hasta _____ (fecha o evento).

Por medio de mi firma a continuación, convengo lo siguiente:

- He leído el presente formulario y autorizo a UT Austin School of Nursing Wellness Center para que divulgue mi información como se indica en la presente. Puedo retirar mi permiso en cualquier momento. Si retiro mi permiso, mi PHI no se divulgará nuevamente como se describió anteriormente. Sin embargo, las divulgaciones ya realizadas con base en el presente no se verán afectadas. Puedo retirar mi permiso al notificar a UT Austin School of Nursing Wellness Center por escrito.
- UT Austin School of Nursing Wellness Center no requiere que firme el presente formulario para recibir tratamiento. Puedo solicitar una copia de este formulario firmado.
- Entiendo que la divulgación de PHI en virtud de la presente autorización podría estar sujeta a ser divulgada nuevamente por parte de la persona o parte a quien vaya dirigida y ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales o federales

Signature of Patient or Representative: _____

Printed Name of Patient or Representative: _____

Relationship to Patient: _____ Date: _____

To the authorized party receiving this information: This information is being disclosed to you from records where confidentiality may be protected by federal and/or state laws. If so, regulations 42 CFT, Part 2, prohibit further disclosure without specific written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by such regulations.